Utah Department of Health

Apéndice para el Formulario de Solicitud de CHIP
Primary Care Network (PCN)

Nombre: _____ Seguro Social: _____
Primer Nombre Segundo nombre Apellido

Información de Seguro Médico

A. ¿Tiene usted o su esposo(a) Seguro Médico? ❑ No ❑ Sí
Si su respuesta es sí:
Nombre de la compañía de seguro _____ # de Teléfono_____

Dirección de la compañía de seguro _____ # del Grupo _____

Nombre del asegurado _____ # de Póliza _____ Fecha _____

Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono de éste

Costo$_____ Fecha de pago_____ ¿Cada cuándo paga su cuota?

Nombres de los individuos incluidos: _____

B. ¿Tiene used o su esposo(a) seguro médico disponible que usted no ha obtenido? ❑ No ❑ Sí
Si su respuesta es sí:
Nombre y dirección de la compañia de trabajo_____

C. ¿Ha tenido usted o su esposo(a) un seguro médico que haya terminado en los últimos 6 meses? ❑ No ❑ Sí
Si su respuesta es sí,
¿Porqué terminó? _____

¿Cuándo terminó?_____

Nombre y teléfono de la Comañia de Seguros_____

Nombre del asegurado_____ # de Póliza

D. ¿Ha sido usted o su esposo(a) herido en un accidente o asalto? ❑ No ❑ Sí
Si su respuesta es sí, explique _____

E. ¿Es usted o su esposo(a) estudiante de tiempo completo? ❑ No ❑ Sí
Si su respuesta es sí:
Nombre del estudinate:_____

Nombre de la escuela:_____

F. ¿Ha participado usted o su esposo(a) en el servicio militar? ❑ No ❑ Sí
Si su respuesta es sí:

Nombre _____ Fecha de servicio _____

G. Los adultos que solicitan PCN son: ❑ Ciudadanos de los EEUU ❑ Residentes legales ❑ Otro

Si son residentes legales, por favor incluya los números de registración con la oficina de Inmigración: _____

Yo entiendo que:

- Yo testifico que soy ciudadano de los Estadosunidenses o inmigrante legal. También testifico que si solicito beneficios para mi esposo(a), que el/ella también es ciudadano Estadosunidenses o inmigrante legal. El Departamento de Salud verificará el estado legal con el servicio de naturalización e inmigración (INS). El Departamento de Salud no reportará los inmigrantes indocumentados al INS.
- Mi esposo(a) (si califica para PCN) y yo obedeceremos las reglas del programa de ayuda médica. Si yo recibo ayuda médica, a la cual no tengo derecho, yo tengo la responsabilidad de re-embolsar todos los servicios que haya recibido. El servicio médico es sólo para las personas cuyos nombres aparecen en la tarjeta médica.
- Si el Departamento de Salud paga por mis gastos médicos, yo les doy el derecho de recibir pagos de cualquier tercera parte y beneficios médicos. Yo le daré al Departamento de Salud cualquier dinero que reciba de una póliza de seguro o de alguien obligado de pagarme los servicios médicos. Yo autorizo el pago directo al Departamento de Salud o a la Oficina de Servicios de Recuperación ORS, y no le hago responsable a ningún otro partido que haga pago a estos departamentos.
- Yo estoy de acuerdo que la ayuda que recibo bajo cualquier programa médico es limitada como se escribe en los manuales de proveedores que ha escrito el Departamento de salud. Yo entiendo que los beneficios que recibo , pueden cambiarse sin mi conocimiento ni permiso. Yo estoy de acuerdo de ser responsable por cualquier deductivo que yo deba pagar a los proveedores en el tiempo del servicio médico a no ser de ser exempto de estos deductivos.
- Yo autorizo a cualquiera persona u organización de entregar, al Departamento de salud, División de Financiamiento de Salud o su designado, reportes médicos o información tocante a mi salud o la de mi familia. El departamento de Salud y la agencia de empleo pueden dar, a los medicos, información tocante a mi solicitud de ayuda médica.
- Si yo soy mayor de 55 años de edad y Medicaid paga mis gastos médicos, el estado de Utah tiene el derecho de cobrarle a mi herencia todo ese dinero gastado.
- Yo autorizo que CUALQUIERA INFORMACIÓN DADA EN ESTA SOLICITUD PUEDA SER VERIFICADA. Mis benefícios médicos pueden ser reducidos, rechazados o terminados por causa de esta información verificada. Yo entiendo que la falta de no reportar cambios o dar información falsa en esta solicitud o en una posteriormente, puede resultar en un procedimiento legal de fraude. Yo entiendo que puedo pedir una audiencia con un juez imparcial si no estoy de acuerdo con la decisión tomada en cuanto a mi solicitud.

**** Yo *(letra de molde)* _____, *leí o me leyeron todas las declaraciones en esta página. Yo comprendo dichas declaraciones. Bajo pena de perjurio, yo juro que las respuestas que he dado en esta solicitud son ciertas y correctas. Yo soy la persona representada (o) con la firma en este documento*

_____ _____ _____

Firma del Aplicante | Firma de Conyuge o Representante | Fecha

INFORMACIÓN ELECTORAL

Si usted no está registrado para votar donde vive ahora ¿le gustaría hacerlo hoy mismo en este lugar? ☐ Si ☐ No

Si no marca uno de los cuadrillos, pensaremos que usted ha decidido no registrarse en este tiempo. Usted puede llenar esta aplicación con privacidad si usted necesita ayuda en completar la aplicación de registración para votar, nosotros podemos ayudarle. La desición de pedir esa ayuda es suya. El hecho de registrarse para votar o no hacerlo, no afectará la cantidad de ayuda que usted pueda recibir de esta agencia. Si usted cree que alguien lo/la ha introvenido con su derecho de registrarse para votar, de no registrarse o de tener privacidad en decidir si va ha registrarse o aplicar para registrarse para votar o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, puede registrar una queja con Lt. Governor, Olene S. Walker, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT 84114.

Action Taken: _____

Esta sección la completa su trabajador (a) **Worker Name:**

❑ PCN Info **❑ Rights & Responsibilites / 476** **❑ SAVE**

❑ Estate Recovery (55+) **❑ Medicaid For Those With Disabilities**

Application Status ❑ Approved ❑ Denied - Reason_____ Date:

Comments:

DEPARTAMENTO DE SALUD DE UTAH
DIVISIÓN DE FINANCIAMIENTO DE ASISTENCIA MÉDICA

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA, REVELADA Y COMO UD. PUEDE OBTENERLA. POR FAVOR, LÉALA CON CUIDADO. Efectivo 14 abril 2003.

El Departamento de Salud, División de Financiamiento de Asistencia Médica (Department of Health Care Financing - DHCF) se compromete a proteger su información médica. La ley requiere que DHCF mantenga la privacidad de su información médica, proveerle de este Aviso de Normas de Privacidad y aceptar los términos de la misma.

PRÁCTICAS CONFIDENCIALES Y SUS USOS

El DHCF puede usar su información médica para llevar acabo nuestro trabajo. Ejemplos:
Tratamiento - determinar apropiadamente la aprobación o negación de su tratamiento médico. Por ejemplo, los administradores del DHCF pueden revisar el plan de tratamiento de su proveedor de asistencia médica para la necesidad médica si se trata de un cliente de Medicaid o para servicios cubiertos si se trata de un cliente de PCN..
Pagos - determinar su elegibilidad con Medicaid o PCN y pagar a su proveedor de asistencia médica. Por ejemplo, su proveedor médico puede enviar los cobros al DHCF por los servicios médicos que Ud. obtuvo.
Gestiones de Atención Médica - evaluar el desempeño del plan de salud o su proveedor médico. Por ejemplo, DHCF hace contratos con terceros quienes revisan archivos de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad del cuidado que Ud. recibió.
Propósitos de Información - darle buena información tales como planes alternativos de salud, programas de beneficios actuales, exámenes médicos gratis, e información de la protección al consumidor.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Ud. tiene derecho a:

- Solicitar restricciones en como podemos usar y compartir su información médica. Consideraremos toda solicitud de restricciones cuidadosamente pero no estamos sujetos a aceptar ninguna de ellas.
- Solicitar que nosotros usemos un numero de teléfono y dirección específicos para comunicarnos con Ud.
- Revisar y copiar su información médica incluyendo archivos y cuentas médicas. Posibles cobros. Bajo limitadas circunstancias podríamos negarle acceso a una parte de su información médica y Ud. podría solicitar una revisión de esta negación. *
- Solicitar correcciones o agregar nueva información a su archivo. *
- Solicitar un resumen de cierta información de salud entregada por nosotros. El resumen no incluye información entregada por tratamiento, pagos, gestiones médicas y alguna información requerida por la ley. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo indicado para este resumen el cual no debe exceder los seis años precedentes a su solicitud y excluye las fechas antes del 14 de abril del 2003. El primer resumen es gratis pero un cobro se aplicará si más de una petición es hecha durante un periodo de doce meses. *
- Solicitar copia de este aviso aun que Ud. esté de acuerdo de recibirlo en forma electrónica.
- Todas las solicitudes marcadas con asterisco (*) deben ser hechas por escrito. Comuníquese con el Oficial de Privacidad del Medicaid /DHCF o PCN para obtener los formularios apropiados de su solicitud.

Effective April 14, 2003 **COMPARTIENDO SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Existen limitadas situaciones donde se nos permite o requiere revelar información médica sin su firma de autorización. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para administrar los programas de Medicaid y PCN y los siguientes:

- Para propósitos de salud pública tales como el reportar enfermedades contagiosas, enfermedades relacionadas con el trabajo, u otras enfermedades y accidentes que la ley permite reportar; reportar nacimientos y defunciones; y reportar reacciones a medicamentos y problemas con aparatos médicos
- Proteger a las víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica
- Para supervisar actividades de salud tales como investigaciones, auditorias, e inspecciones
- Por demandas o procedimientos similares
- Cuando es requerido por la ley
- Cuando es solicitado por oficiales de la ley u orden judicial
- A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias
- Para donación de órganos y tejidos
- Para investigación aprobadas por nuestro proceso de revisión bajo estrictas guías federales
- Para disminuir o prevenir una serie de amenaza a la salud pública y seguridad
- Para compensación al trabajador u otros programas similares si Ud. fue accidentado en el trabajo
- Para funciones especializadas del gobierno tales como inteligencia y seguridad nacional

Otros usos e informaciones no descritas en este informe requiere su autorización firmada. Ud. puede revocar su autorización en cualquier momento con una nota por escrito.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD

DHCF es requerido por ley:

- Mantener la privacidad de su información médica
- Proveer esta información que describe las maneras en que nosotros podemos usar y compartir su información médica
- Continuar los términos de esta información actualmente en efecto

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y hacer un nuevo Aviso de Normas de Privacidad de toda la información que tenemos. Avisos actuales serán publicados en las oficinas de DHCF y en nuestra página electrónica, http://health.utah.gov/hipaa. También puede solicitar copia de cualquier aviso contactando a su Oficial de Privacidad de Medicaid o PCN a continuación:

PARA CONTACTARNOS

Si Ud. desea más información respecto a sus derechos de privacidad ,o piensa que sus derechos de privacidad fueron violados, o no está de acuerdo con una decisión que nosotros tomamos para obtener su información médica, clientes del Medicaid, PCN y CHIP deben contactar al Oficial de Privacidad de DHCF, Craig Devashrayee, 801-538-6641; 288 North 1460 West, 3rd floor, PO Box 143102, Salt Lake City, Utah, 84114-3102; cdevashrayee@utah.gov.

Investigaremos todos los reclamos y no tomaremos en su contra por dichos reclamos.
Ud también puede enviar un reclamo por escrito a la Oficina de los Derechos Civiles:
Office of Civil Rights, 200 Independence Ave, S. W. Room 509 HHH Bldg., Washington, DC 20201.